

ANNÉE 1941

THÈSE

N°

92

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

André MÉTAIS

Né le 24 Novembre 1912, à Cherves (Vienne)

Ancien Externe des Hopitaux de Paris

A propos d'un Kyste
du Médiastin Antérieur
à Développement Thoracique

Président : M. le Professeur LCEPER

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

11 et 13, Rue de l'École de Médecine

PARIS

—
1941

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

André MÉTAIS

Né le 24 Novembre 1912, à Cherves (Vienne)

Ancien Externe des Hopitaux de Paris

A propos d'un Kyste
du Médiastin Antérieur
à Développement Thoracique

Président : M. le Professeur LÉPER

LIBRAIRIE MARCEL VIGNE

11 et 13, Rue de l'École de Médecine

PARIS

1941

LE DOYEN BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie Médicale.	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	GREGOIRE.
Clinique urologique	LENORMANT.
	TERRIEN.
	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	LEVY-SOLAL.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	M. VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	TROISIER
Clinique cardiologie	MATHIEU.
	LAUBRY.
Clinique d'Assistance Médico-Sociale	Clovis VINCENT.
	N...
	HAZARD
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINEPathologie chirurgicale.
 BARIETYPathologie médicale.
 BENARD (Henri) .. Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 J. BEZANÇON Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DE GENNESPathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) ... Pathologie médicale.
 LAVIERParasitologie.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LEVY Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI ... Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOULONGUET Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS... Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARDOphtalmologie.
 RICHTER Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT , Physiologie.
 GUENIOTObstétrique.

HEITZ-BOYER ...Pathologie chirurgicale
 LARDENNOISPathologie chirurgicale
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 LE LORIERObstétrique.
 SCHWARTZPathologie chirurgicale
 VANDESCALObstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ...	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	
HABROL		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VALLE- RY-RADOT			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Eucation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Qu'ils trouvent dans ce travail fruit de
leurs sacrifices un témoignage de mon
amour filial et de ma reconnaissance.*

A MA FEMME

A MA FILLE

A TOUS LES MIENS

A MES QUATRE VIEUX CAMARADES

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LÆPER

Professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Médecine
de Paris.

Membre de l'Académie de Médecine.

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
de présider cette thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR E. SERGENT

Professeur de Clinique

Membre de l'Académie de Médecine

En hommage reconnaissant du premier enseignement médical qu'il nous a donné dans son service de l'Hôpital Broussais-La Charité.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ
HAGUENAU

En remerciement de l'enseignement qu'il nous a prodigué et des conseils qu'il a bien voulu nous donner pour ce travail.

A MONSIEUR LE DOCTEUR STEVENIN

Médecin des Hôpitaux

Il a été pour nous un maître bienveillant. Nous lui témoignons toute notre gratitude pour l'enseignement et les encouragements qu'il nous a donnés pendant nos années d'Externat.

A TOUS MES MAÎTRES DES HOPITAUX
ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A PROPOS D'UN CAS DE KYSTE DERMOÏDE DU MÉDIASTIN ANTÉRIEUR A DÉVELOPPEMENT THORACIQUE

Ce travail nous a été inspiré par un cas de kyste dermoïde du médiastin antérieur que nous avons eu l'occasion d'observer à l'Hôpital Tenon, dans le Service de notre Maître, M. le Professeur Agrégé HAGUENAU.

Nous avons puisé dans la littérature, non pas comme on l'a fait jusque-là, dans le but de faire le total des cas observés, mais plutôt pour éclairer et fixer d'une manière aussi précise que possible la symptomatologie de cette affection.

Nous nous proposons, d'autre part, de déterminer la place exacte qu'occupe le kyste dermoïde proprement dit dans les tumeurs congénitales du médiastin, la symptomatologie, les possibilités diagnostiques, et le traitement, tel qu'il peut être envisagé à l'heure actuelle.

Le kyste dermoïde est actuellement encore considéré comme une affection rare.

Il semble cependant que la pauvreté apparente de la littérature ancienne soit due au fait que le diagnostic était rarement fait. Ces dernières années, en effet, les publications se sont multipliées.

Le premier cas de kyste dermoïde rapporté est celui de GORDON en 1825.

Quarante-quatre ans plus tard, en 1869, VILLARD présente à la Société Anatomique de Paris un cas de kyste dermoïde situé entre les deux plèvres.

Le premier cas pour lequel une intervention fut pratiquée est celui de POEHN, en 1871; mais il s'agissait d'une opération incomplète par incision et drainage.

Les extirpations complètes, jusqu'en 1923, se répartissent de la manière suivante; la première revient à :

BASTIANELLI, en 1893.

BROCA, en 1894.

MADLUNG, en 1899.

TURCK VON EISELBERG, en 1903.

MORESTIN, en 1910.

GÆBEL et OSSIG, en 1912.

SIROTINE, en 1914.

PAYR, en 1918.

THIERRY, 2 cas rapportés, en 1921.

DUVAL et LEMIERRE, en 1918.

DUVAL et CLERC, en 1921.

WYMAN WHITMOR, en 1923.

Depuis 1923, les publications se sont multipliées. Alors qu'en 1909 KAESTLE pouvait rapporter 63 cas, HELBOM, vingt-quatre ans plus tard, en 1933, rapportait 185 cas puisés dans la littérature auxquels il ajoutait 6 cas personnels.

Dans son travail, ce dernier propose de classer ces tumeurs congénitales en trois groupes :

1. Les kystes épidermoïdes, dont la paroi est essentiellement constituée par un épithélium stratifié avec ou sans tissu glandulaire d'origine épidermique.

2. Les kystes dermoïdes, se différenciant des précédents par la présence de dérivés mésodermiques : cartilages, os, dents, muscles lisses ou striés.

3. Les tératomes, qui représenteraient, en plus des éléments précités, des glandes de type digestif, de tissu respiratoire, pancréatique, thymique ou thyroïdien.

Nous verrons qu'au point de vue clinique, la différenciation est de peu d'intérêt.

Il n'en va pas de même en ce qui concerne l'embryologie et le traitement. En ce qui concerne ce dernier point, nous envisagerons en son temps la différence essentielle, telle qu'elle résulte de l'expérience actuelle.

L'embryologie du tératome est extrêmement complexe, et l'accord n'est pas encore fait entre les différentes théories en présence. On s'accorde simplement sur la participation des trois feuillets blastodermiques dans sa constitution.

Par contre, en ce qui concerne le kyste dermoïde, dérivé du seul feuillet ectodermique, on lui reconnaît une origine branchiale, résultant d'une soudure de l'arc hyoïdien à la saillie cardiaque avec entraînement secondaire dans le médiastin par la descente des organes qui sont primitivement dans le cou : cœur, péricarde, gros vaisseaux.

Cette origine embryologique constante, avec entraînement par les organes cités, explique la constatation faite par MARFAN, et qu'il exprimait dans ces termes : « Un fait très frappant, c'est leur « développement dans une région bien déterminée, toujours la même : on les trouve dans la « partie supérieure du médiastin antérieur, c'est-à-dire dans une région limitée en bas par la « face antérieure du péricarde, en arrière par les « gros vaisseaux de la base du cœur et la trachée,

« en haut par la base du cou et la trachée, en
« avant par le sternum avec ses cartilages costaux
« satellites, sur les côtés par les bords antérieurs
« des poumons. »

Cela limite *a priori* la formation kystique au cours de son évolution. Son développement ne pourra se faire, en effet, que dans un plan vertical, en haut vers le cou, en bas vers le péricarde, latéralement dans les deux hémithorax, et, vers le bas, jusqu'au contact du diaphragme.

M. le Professeur DUVAL avait proposé une classification basée sur 176 cas divisés et répartis comme suit :

Rétro-sternaux	13
Cervico-rétro-sternaux	19
Sterno-latéraux	144

Sous quelle influence le kyste commence-t-il son développement? On n'a pu répondre à cette question. D'aucuns ont voulu donner une influence à la puberté. Elle est possible mais n'est pas seule en cause.

Le kyste, quoi qu'il en soit est à point de départ médiastinal et se trouve donc à l'origine strictement rétrosternal. Dans la littérature déjà ancienne, et dans la thèse de RASPAIL, en particulier, on trouve trois cas rapportés de kystes à développement as-

cendant venant saillir à la base du cou. Cette variété anatomique avait le gros avantage de se manifester par une déformation évidente de la base du cou, voire même de s'ouvrir spontanément avec persistance d'une fistule. (Observation de MORESTIN, Sté de Chirurgie du 9 février 1910.)

Mais les cas les plus intéressants, et partant les plus difficiles, sont indiscutablement ceux du groupe sterno-latéral.

Dans ce cas, nous acceptons la modification apportée dans la classification par M. AUROUSSEAU qui subdivise ce groupe en :

Médiastino-thoraciques, d'une part, et
Thoraciques latéraux, d'autre part.

Le développement peut, en effet, se faire excentriquement vers les deux hémithorax, limité, en avant, par la paroi sterno-costale, en arrière par le médiastin antérieur et les poumons, de telle manière que le centre apparent soit encore médiastinal.

Mais le développement peut être unilatéral, n'intéresser qu'un hémithorax, le combler plus ou moins complètement, perdre enfin de son caractère médiastinal pour n'être plus que thoracique, et de ce fait poser un diagnostic pulmonaire, pleural ou pariétal.

Le développement se faisant latéralement et s'étendant jusqu'au contact de la couple diaphragmatique pourra même conduire à discuter une affection d'origine sous diaphragmatique.

Ce sera évidemment là que le diagnostic sera le plus délicat, et dans ce travail, ce sont les kystes à développement thoracique latéral que nous étudierons particulièrement.

On a essayé de déterminer quelle était la fréquence, selon le sexe, et selon l'âge. Il semble difficile d'établir une proportion scientifique. Il semble cependant qu'en égard à l'âge, la période de plus grande manifestation se trouve comprise entre dix-sept et trente ans.

Le mode de début est tellement varié que nous croyons bon de donner le résultat de la statistique de HELBDOM :

Sur 85 cas, le premier symptôme fut :

Dyspnée, avec ou sans toux	18
Pleurésie	15
Douleur thoracique	11
Déformation au niveau du cou ou du thorax.	10
Symptômes attribués à une bacillose pulmonaire	9
Pneumonie	6
Paralysie du bras droit	1

Enfin, d'autres symptômes moins fréquents, tels que palpitations, oppression, crachats de cheveux, de pus ou de sang.

La multiplicité même des symptômes montre leur peu de valeur diagnostique. Isolés, certains d'entre eux peuvent même conduire à une erreur certaine, comme nous aurons occasion de le constater.

Pour HARRINGTON, on constaterait, le plus souvent :

1° DE LA DYSPNÉE ASSOCIÉE A DES DOULEURS.

La dyspnée dépend, d'après lui, de la taille et du siège de la tumeur. Elle est maxima lorsqu'elle évolue dans le thorax, en comprimant le poumon.

La douleur dépendrait plus du siège que du volume de la tumeur. HARRINGTON estime en outre que l'on peut tirer une indication de la nature maligne ou bénigne de la tumeur, basée sur l'intensité de la douleur, celle-ci étant maxima dans les tumeurs malignes avec irradiations, parfois jusque dans le bras.

2° LA TOUX.

Dans le cas où elle était le signe majeur, elle était accompagnée d'expectoration avec présence de cheveux ou de simples crachats mucoïdes ou bien encore avec absence totale d'expectoration.

3° UNE DÉFORMATION DE LA PAROI THORACIQUE.

Le plus généralement notée une ou plusieurs années avant que le malade ne consulte.

4° LE CARACTÈRE INTERMITTENT DES SYMPTOMES ET LEUR PROGRESSION GRADUELLE.

5° L'IMAGE RADIOLOGIQUE.

Difficile à interpréter, surtout dans les cas où, après ouverture du kyste dans une bronche, le tissu pulmonaire présente au voisinage de la tumeur une réaction inflammatoire marquée.

CISNEROS estime que le seul signe de valeur est l'expectoration contenant des cellules épithéliales de desquamation analogues à la couche cornée de la peau, des gouttes graisseuses, des cristaux de cholestérine, des cheveux.

Pour illustrer cette symptomatologie, nous allons citer quelques observations puisées dans la littérature. Nous nous excusons de ne pas les donner toujours complètes, mais dans la plupart des cas, seul le mode de début, la progression nous intéressent; d'autre part, il sera aisé de se reporter à l'observation complète de l'auteur.

Nous nous sommes efforcés, en tout cas, de donner les modes de début les plus variées que nous ayons pu trouver.

OBSERVATIONS

PREMIÈRE OBSERVATION DE ERNEST - V. SMITH.

Le début de l'affection chez une enfant de neuf ans est marqué par une douleur thoracique et de la dyspnée; puis, après un repos de dix ans, alors que la malade à dix-neuf ans, un examen radiologique permet de constater un déplacement du cœur vers la droite.

A l'âge de 24 ans, douleur sans irradiation, légère dyspnée, palpitations.

La malade est finalement opérée. Durant l'intervention, lors du décollement du kyste avec le péricarde, accident respiratoire.

On note une dilatation de la sous-clavière gauche, due probablement à la pression exercée par le kyste.

Drainage, écoulement important, instabilité durant 5 à 6 jours.

Cœur et poumon ont rapidement repris leur place.

DEUXIÈME OBSERVATION DU DOCTEUR ARTHUR DEAN BEVAN.

Il s'agit d'une enfant de cinq ans qui est vue pour un empyème.

Intervention, pus ordinaire avec fibrine.

Trois ans après, nécessité d'une seconde intervention et ouverture d'une cavité ayant le volume d'un œuf.

Trois années plus tard, un examen radiologique donne une image d'empyème enkysté.

Le 14 novembre 1923, ouverture et drainage.

En 1927 et 1928, deux nouvelles interventions.

En janvier 1929, la malade revient. Une injection de lipiodol dans la cavité permet de constater l'existence d'une fistule bronchique.

En mai 1931, une radiographie montre une série de cavités irrégulières au niveau de la moitié inférieure du poumon droit déterminant une nouvelle intervention.

Trois ou quatre jours après l'intervention, en nettoyant la plaie, on fait une curieuse découverte : on amène en effet des masses de matière sébacée et de cheveux.

Un examen cystoscopique immédiatement pratiqué permet de voir la cavité kystique.

La malade est opérée et guérit,

TROISIÈME OBSERVATION DE M. DYGBY WHEELER.

Madame T..., Française âgée de trente-six ans, se présente à St-Boniface Hospital, en juin 1930, se plaignant :

De dyspnée, de douleur dans l'hémithorax droit, d'un amaigrissement notable, d'une fatigue générale, de toux avec expectoration.

Les antécédents personnels et familiaux sont négatifs.

La malade rapporte ses douleurs thoraciques à une pleurésie contractée en 1920.

Chaque hiver depuis cette date, elle a passé régulièrement quinze jours au lit pour ces mêmes douleurs.

Durant la dernière année, on note : un amaigrissement dépassant six kilos, et une fatigue générale. Les six derniers mois, douleurs, toux, expectoration, dyspnée. La douleur était une sensation de pesanteur et d'oppression, les crachats étaient jaunâtres et assez abondants.

EXAMEN.

L'examen physique est négatif, sur tous les organes.

Examen pulmonaire : A l'inspection, on note une dilatation de l'hémithorax droit avec diminution de l'ampliation thoracique du même côté.

La palpation permet de noter une abolition des vibrations vocales, dont la limite supérieure est marquée : en arrière par la pointe de l'omoplate, en avant par la troisième côte.

La percussion révèle une matité de la même région.

On note enfin une abolition du murmure vésiculaire sur le même territoire.

L'hémithorax gauche est normal.

LABORATOIRE.

Une numération globulaire montre une formule blanche : 10.800 normalement répartie, une formule rouge normale.

Des examens de crachats répétés montrent l'absence de bacille de Koch.

EXAMEN RADIOGRAPHIQUE.

Fait discuter une Maladie de Hodgkin ou une tumeur maligne du médiastin.

L'hémithorax droit est absolument opaque.

On décide une ponction exploratrice qui est pratiquée, sans résultat, avec une aiguille. On ponc-

tionne au trocart, et on retire un liquide gélatineux colloïde, avec des particules opaques en suspension, quelques cristaux de cholestérol et quelques cellules n'ayant aucun caractère de cellules cancéreuses.

Ni actynomycose, echinococcose, ni pus.

En juillet 1930, la malade est vue par le D^r OLSEN qui pense à un kyste hydatique. Plusieurs ponctions sont pratiquées, et la malade quitte l'hôpital, promettant de revenir régulièrement.

On ne la revit qu'en juin 1935. L'examen se montra identique à celui pratiqué six ans auparavant.

Evacuation, nouvelle radiographie. Le diagnostic de kyste dermoïde est porté.

La malade est admise à l'hôpital en novembre 1935. Nouvelles ponctions; nouvelles radiographies montrant un poumon collabé et derrière le sternum, en face des gros vaisseaux, une poche dont on arrive à voir la communication avec la plèvre.

En décembre, drainage, mais infection, et mort en janvier 1936. L'autopsie confirme le diagnostic et montre une plèvre pariétale couverte d'une matière grise avec dépôt calcaire identique au contenu du kyste.

QUATRIÈME OBSERVATION DE G. CAUSSAD,
J. DECOURT ET A. DUROISEL.

KYSTE DERMOÏDE DU MÉDIASTIN, FORME
PULMONAIRE A HÉMOPTYSIES.

La maladie débute chez ce malade à l'âge de 28 ans par des douleurs vagues dans le dos, douleurs qui s'aggravent au cours des deux années qui suivent.

Deux ans avant les complications qui devaient entraîner la mort, le malade, pendant une grippe, expectore des crachats bruns rosés accompagnés d'une sensation de refroidissement de l'hémithorax.

L'année suivante, nouvelle grippe avec température élevée et douleurs sous-costales droites intenses et rejet de moules bronchiques.

Six mois plus tard, apparaissent les premières hémoptysies, accompagnées de « faiblesse », de « froid », de « douleurs analogues à des coups de poignard ».

L'hémoptysie soulage le malade, puis on note le rejet d'un crin. L'état général s'effondre, les crachats n'ont jamais renfermé de bacilles de KOCH, mais, à plusieurs reprises, quelques poils.

Trois mois plus tard, brusquement, le malade fait une embolie et meurt.

Conclusion : les kystes peuvent revêtir une symptomatologie purement pulmonaire. Les signes physiques peuvent être incapables de fournir les éléments du diagnostic. Le seul signe pathognomonique est le rejet de poils et de matière sébacée.

CINQUIÈME OBSERVATION DE O. LAMBRET.

Début par déformation. — Le sujet était un enfant de 12 ans ayant une apparence souffreteuse depuis l'âge de 3 ans 1/2. Mais on était resté dans l'ignorance sur la nature de son état. Il était généralement triste et peu enclin à jouer. Une déformation thoracique avait fait prononcer le mot de scoliose; son hémithorax droit était en effet dilaté et très proéminent.

La tête un peu enfoncée dans les épaules et son facies lui donnaient l'allure caractéristique des jeunes emphysémateux asthmatiques. Le pouls était généralement rapide, les doigts présentaient la déformation hippocratique, mais, autour de lui, personne n'avait jamais supposé l'existence d'une tumeur, qui ne fut révélée qu'au mois de janvier dernier, par une trouvaille radiologique.

SIXIÈME OBSERVATION DU DOCTEUR RENÉ BELIN.

OBSERVATION D'UN CAS RARE DE KYSTE DERMOÏDE DU MÉDIASTIN.

Il s'agit d'un jeune soldat qui est atteint de dyspnée au cours des marches, nécessitant des pauses fréquentes. Le médecin qui l'examine pose le diagnostic de pleurésie.

Quelques années auparavant, il avait souffert d'une dyspnée sérieuse, et avait été hospitalisé à cette occasion dans le service du Docteur HANOT. Il y subit plusieurs ponctions, et l'une d'elles ramène 800 grammes d'un liquide louche, non purulent. La ponction est suivie d'une injection modificatrice qui donne une nette amélioration.

Lors de l'examen par le Docteur DARDIGNAC, l'attention est attirée par une voussure globuleuse très développée formée par le squelette de la région intéressant les quatrième, cinquième et sixième côtes. Aucun battement, aucune impulsion ni soulèvement. Le périmètre thoracique est, à droite, de deux centimètres plus grand qu'à gauche.

La percussion de la poitrine révèle à droite une zone de sonorité exagérée de la clavicule à la troisième côte, et une matité absolue de la troisième côte au diaphragme.

Cette percussion n'est douloureuse qu'au niveau du mamelon. En arrière, dans les deux tiers supérieurs de l'hémithorax, la sonorité est normale. On note de la submatité au niveau du tiers inférieur.

L'auscultation révèle un silence respiratoire absolu sur presque toute la hauteur en avant, murmure vésiculaire, et râles fins en arrière et sous l'aisselle.

Signes généraux : amaigrissement notable, anorexie, état nerveux dû à l'angoisse précordiale.

L'intervention pratiquée le 3 août 1893, à l'Hôtel-Dieu de Beauvais, par le Docteur DARDIGNAC, permet de faire le diagnostic de kyste du médiastin antérieur.

SEPTIÈME OBSERVATION DE CISNEROS.

Il s'agit d'un malade qui a souffert de douleurs abdominales au réveil à l'âge de 17 ans. A 23 ans apparaît de nouveau une douleur intense au niveau du flanc droit, douleur immobilisant complètement le malade. Cette douleur disparaît en quelques jours, mais une dyspnée marquée subsiste.

Le malade entre à l'hôpital, où cinq ponctions évacuatrices sont pratiquées successivement et ramènent au total dix litres d'un liquide clair et transparent.

Le malade retrouve sa tranquillité pendant vingt-deux ans, jusqu'à l'âge de 45 ans (1921). A ce moment, trois nouvelles ponctions ramènent un liquide jaunâtre. Dyspnée et toux sèche persistent.

Trois ans plus tard, en 1924, à l'âge de 48 ans, la toux et la dyspnée réapparaissent, suivies à quelques jours d'intervalle d'un point de côté thoracique droit. Une nouvelle ponction ramène un litre et demi de liquide chocolat.

Quelque trois mois plus tard, deux nouvelles ponction de un litre chacune ramènent un liquide de même caractère que le précédent. Le malade est enfin opéré en deux temps avec bon résultat opératoire.

HUITIÈME OBSERVATION PUBLIÉE PAR LE PROFESSEUR E. SERGENT.

M^{me} X..., ménagère, âgée de 34 ans, entre dans mon service à la Charité, le 7 novembre 1930, sur le conseil du Docteur François BORDET, à qui l'avait adressée le Docteur LÉOBARDI, de Limoges, à la suite d'une hémoptysie survenue huit jours auparavant.

ANTÉCÉDENTS.

Née à la campagne, dans la Creuse, elle y a toujours vécu jusqu'il y a un an avec ses parents cultivateurs.

A 4 ans, bronchite qui dure plusieurs mois et revient tous les hivers.

A 8 ans, rougeole sans complication.

A 12 ans, puberté sans incidents.

Depuis, très bonne santé.

A 22 ans, mariage.

A 25 ans, naissance d'un fils (octobre 1921).

Bien portante jusqu'en 1924.

En septembre 1924, à 28 ans, brusquement, point de côté très violent dans toute la moitié supérieure de l'hémithorax droit, en avant et en arrière. Ni toux, ni expectoration. Ce point de côté dure pendant un an, et s'accompagne de fatigue générale et d'amaigrissement.

En mai 1929, reprise du point de côté avec des quintes de toux fréquentes. Expectoration de crachats jaune verdâtre et température à 39° pendant plusieurs mois. La recherche du bacille de KOCH est toujours négative dans plusieurs examens.

Cet état dure deux mois, durant lesquels la malade perd 4 kilogs qu'elle reprend d'ailleurs rapidement pendant la convalescence.

En janvier 1930, elle vient à Paris dans l'intention d'y vivre désormais.

Le 26 septembre 1930, pour la première fois, hémoptysie très abondante, à la suite de laquelle les crachats restent striés de sang pendant une semaine.

Depuis le 15 octobre 1930, toux constante très forte, avec expectoration très abondante de couleur jaune verdâtre contenant de petits pelotons souvent striés de sang. Altération assez marquée de l'état général avec amaigrissement. Recherche du bacille de KOCH plusieurs fois répétée, toujours négative.

Le 1^{er} novembre 1930, hémoptysie très abondante, à la suite d'une quinte de toux contenant quelques crachats sanglants. Pendant 24 heures, température un peu subfébrile.

EXAMEN CLINIQUE.

Le 8 novembre 1930, examinant la malade qui est entrée la veille dans mon service, je constate que l'aspect général est bon, que la température est un peu dénivelée (38° le soir, 37°7 le matin). Il en sera ainsi d'ailleurs durant toute la durée du séjour dans le service, c'est-à-dire jusqu'au 5 décembre 1930.

La percussion est douloureuse sous la clavicule droite et donne une diminution nette de la sonorité. L'auscultation révèle dans la même région un souffle tubaire à prédominance hilaire, sans aucun bruit adventice.

En arrière, son de percussion normal, avec propagation lointaine du souffle perçu en avant. Dans l'aisselle, réaction douloureuse à la pression dans la région de la scissure supérieure. Souffle lointain propagé.

A gauche, aucun signe.

EXAMEN RADIOLOGIQUE.

Plusieurs examens radiologiques ont été pratiqués, et plusieurs radiographies ont été tirées en diverses positions durant le séjour de la malade dans le service.

Ce qui frappe, tout d'abord, c'est la présence d'une zone d'ombre à contours flous, arrondie dans son ensemble, d'opacité homogène, occupant tout le tiers moyen du champ pulmonaire droit, en position frontale. En position transverse, on trouve cette zone d'ombre qui apparaît située dans la région antérieure, limitée en bas par une ligne nette horizontale, et dominée en haut par une image arrondie plus opaque, confondue avec la crosse aortique, et

affleurant la face postérieure du sternum, tout en haut.

.....

Que sont donc ces crachats pelotonnés qui sont notés à deux reprises, en mai 1929 et le 15 octobre 1930?

Je prie la malade de bien préciser, de bien décrire l'aspect de ces crachats pelotonnés, de me dire si elle ne les a constatés que ces deux fois-là. Tout de suite, et sans la moindre hésitation, elle me répond qu'elle a craché plusieurs fois, après des quintes de toux, de petites masses pelotonnées qui ressemblaient à de la cire molle et qui contenaient des poils.

.....

Cette femme présentait donc depuis sa naissance un kyste dermoïde du médiastin qui aurait pu rester fruste et silencieux jusqu'à sa mort. Un épisode pleuro-pulmonaire, en septembre 1924, a marqué peut-être la première localisation péri-kystique.

OBSERVATION PERSONNELLE.

M^{lle} L..., âgée de 24 ans, vendeuse, entrée dans le service de M. le Professeur HAGUENAU, à l'Hôpital Tenon, le 26 novembre 1940.

La malade entre dans le service pour un amaigrissement progressif, et un point de côté dont le début remonte à trois ans, dont la persistance et la progression l'inquiètent.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS.

Bronchite à l'âge de 10 ans.

Oreillons à la même période.

HISTOIRE DE LA MALADIE.

Brusquement, un dimanche de l'été 1937, chez elle, à la campagne, au cours d'une conversation, la malade ressent une douleur aiguë, lancinante, dans la région postérieure de l'hémithorax gauche, accompagnée d'une sensation d'étouffement.

La malade s'étend sur son lit et, en quelques minutes, la douleur, la dyspnée s'effacent entièrement.

Inquiétée par la brusquerie, l'intensité, la rapide disparition de ces signes, alors qu'elle était en santé parfaite, la malade va, dès le lendemain, consulter un médecin, qui porte un diagnostic de névralgie.

Au mois d'octobre 1937, deux mois après les premiers signes, la malade, qui n'a plus été inquiétée, se rend à Paris, y trouve un emploi; mais l'isolement, l'ennui lui font perdre l'appétit, le sommeil, et elle commence à maigrir (poids initial 60 kilos).

A la fin de l'année 1938, la malade ressent de nouveau une douleur de même siège, mais de moindre intensité, s'étendant cette fois sur quelques jours, douleur toujours appelée « névralgie » par le médecin nouvellement consulté.

Au cours du mois d'août 1939, nouvelle poussée douloureuse de deux ou trois jours, mais d'intensité plus marquée que la fois précédente.

En février 1940, nouvelle reprise des douleurs, d'une intensité telle que la malade décide, une fois encore, de consulter un médecin. Inquiète, elle réclame un examen radiographique que le médecin croit devoir refuser.

En mai 1940, la malade, à 2 heures du matin, perçoit de nouveau la douleur très intense, et cette douleur persiste pendant un mois, puis disparaît. La malade, lors de l'avance de l'armée allemande, quitte Paris à bicyclette et, mêlée aux nombreux réfugiés, se dirige vers le sud. Puis, dans la deuxième quinzaine de juin, elle revient à Paris.

Le 30 juin 1940, la douleur réapparaît la nuit. Un médecin consulté prescrit du salicylate de soude, et la douleur disparaît encore.

Au début d'octobre 1940, un médecin envoie la malade au dispensaire, aux fins d'examen radiologique. On découvre, en effet, une masse, en lui affirmant, cependant, que le poumon n'était nulle-

ment intéressé, et on demande à la revoir trois semaines plus tard. Mais, depuis le début d'octobre, l'amaigrissement s'est tellement accéléré (49 kilos) que son médecin se décide à nous l'envoyer.

Au cours de ces trois années, on ne note chez cette malade rien autre que cette douleur, dont l'intensité maxima se trouve lors de la première manifestation, et que l'amaigrissement.

La malade n'a jamais toussé. Elle n'a eu de dyspnée vraie que lors de la première manifestation, et il est bien difficile de distinguer s'il s'agissait d'une dyspnée proprement dite ou d'un mode de résistance à une douleur particulièrement intense. On ne note ni hoquet, ni vomissements, ni dysphagie.

EXAMEN PHYSIQUE.

La malade présente une constitution normale, en rapport avec son âge et son sexe.

On note une pâleur marquée et généralisée des téguments.

Aucune déformation thoracique n'est apparente.

L'ampliation thoracique est normale et symétrique.

LA PERCUSSION révèle une matité de l'hémi-thorax gauche, dont la limite supérieure est marquée :

En arrière : au niveau de la cinquième vertèbre dorsale;

Sur la ligne axillaire : à deux travers de doigt au-dessous du creux axillaire;

En avant : au niveau de la quatrième côte.

Cette matité s'étend vers le bas de un travers de main.

LA PALPATION révèle une abolition des vibrations vocales sur le même territoire.

L'AUSCULTATION permet de noter une diminution considérable du murmure vésiculaire à ce niveau. On note dans la gouttière costo-vertébrale gauche un souffle bronchique rude s'étendant de la quatrième à la huitième dorsale.

On ne note pas de pectoriloquie aphone.

La respiration au-dessus de cette zone est normale, sans souffle.

EXAMEN DU CŒUR. — Permet de noter que les battements de la pointe sont perçus sur le bord droit du sternum. A l'auscultation, les bruits sont normaux, réguliers, la tension artérielle à 11/8.

La malade n'a jamais noté et ne présente ni tachycardie, ni extra-systoles.

Quelques ganglions inguinaux durs, roulant sous le doigt sans périadénite. Pas de troubles moteurs.

Les réflexes sont normaux.

L'examen général est négatif.

FORMULE SANGUINE.

Formule rouge : 3.650.000.

Hémoglobine : 85 % ; valeur globulaire : 1,16.

Formule blanche :

Polynucléaires neutrophiles : 45 ;

Polynucléaires éosinophiles : 2 ;

Lymphocytes : 1 ;

Grands lymphocytes : 45 ;

Monocytes : 7.

Urée sanguine : 0 gr. 25.

Réaction de WASSERMANN négative.

Réaction de HECHT négative.

Réaction de KAHN négative.

EXAMEN RADIOLOGIQUE

EXAMEN DIRECT.

Le 27 novembre 1940, deux radiographies, face et profil, sont faites, et montrent :

DE FACE (fig. n° 1). Une ombre importante à bords nets, de contour arrondi, mais légèrement irrégulier, de limite inférieure basse. Cette limite est sur un plan horizontal inférieur à celui de la coupole diaphragmatique droite. Le bord gauche est limité par la paroi latérale thoracique. La limite



Figure 1

supérieure remonte au niveau de la cinquième vertèbre dorsale. Cette limite est sensiblement horizontale.

On note, d'autre part, un déplacement du cœur vers la droite, la limite droite dépassant de 3 centimètres environ le bord droit du sternum.

DE PROFIL (fig. n° 2). L'ombre a les mêmes caractères, mais la place qu'elle occupe dans l'hémi-thorax gauche peut être précisée dans le sens antéro-postérieur. Un espace clair subsiste entre la tumeur et la paroi postérieure du thorax. En avant, au contraire, la tumeur est au contact de la paroi. La limite supérieure se trouve non plus horizontale, mais présente une forme en « chapeau de gendarme ».

Cet examen ne nous a pas permis de préciser la nature de la tuméfaction. Sa limite inférieure basse, au-dessous du niveau de l'hémidiaphragme droit, ne nous permettait même pas de trancher son origine sus- ou sous-diaphragmatique.

Nous décidâmes donc d'examiner cette malade après préparation.

EXAMEN APRÈS REPAS BARYTE.

Le 29 novembre, avec l'aide de M. LEPENNETIER, Radiologue des Hôpitaux, nous examinons de nouveau la malade.



Figure 2

Au préalable, un examen est fait derrière l'écran.

En oblique antérieure gauche, il apparaît nettement une zone de clarté qui correspond à la partie supérieure de l'angle costo-vertébral.

De face, la limite supérieure de la tuméfaction est légèrement mobile dans les grandes inspirations.

Après absorption de quelques gorgées de baryte, on constate que le bas-fond gastrique est attiré en bas et en dehors.

La poche à air devient visible. On aperçoit le bord inférieur très arrondi de la tuméfaction. L'ensemble de la masse donne un aspect arrondi en ballon. On note, de plus, un signe de KIENBOCK.

Cet examen ne nous permettait pas de trancher encore d'une manière absolue de la nature sus-diaphragmatique de la tuméfaction. Il fut donc décidé de pratiquer une troisième examen radioscopique et radiographique.

EXAMEN APRÈS INSUFFLATION COLIQUE (fig. 3).

Cette insufflation nous a permis de constater que l'angle colique était normal, remontait au niveau de la masse à la hauteur habituelle.

Pour mieux préciser la position de la poche à air, nous donnons à la malade une potion de RIVIÈRE.



Figure 3

EXAMEN APRÈS ABSORPTION DE LA POTION DE RIVIÈRE.

Ainsi dilatée par les gaz, la poche à air de l'estomac vint occuper sa place normale, régulière, au contact de la coupole diaphragmatique, nous montrant que la tumeur était bien sus-diaphragmatique.

Sachant que la tumeur était intrathoracique, il nous restait à préciser ses connexions dans le thorax, d'apprécier si possible son volume.

Comme nous le verrons, cet examen confirme d'autre part la nature sus-diaphragmatique de la tumeur.

EXAMENS RADIOSCOPIQUE ET RADIOGRAPHIQUE APRÈS INSUFFLATION D'AIR DANS LA PLÈVRE.

M. le Professeur agrégé E. BERNARD a bien voulu pratiquer cet examen pour nous.

Les radiographies de face et de profil (fig. n° 4) faites dans ces conditions montrent :

1° Que la tuméfaction est bien sus-diaphragmatique, puisque l'on peut même constater la présence d'air insufflé au-dessous d'elle. On note même une petite exsudation pleurale marquée par un niveau liquide visible sur les deux clichés;



Figure 4

2° Que la plèvre est libre, puisque l'on a pu injecter 400 cm³ d'air visibles tant au-dessus qu'au-dessous de la tuméfaction;

3° Que cet examen confirme la place considérable qu'occupe la tuméfaction dans l'hémithorax gauche. Cette place est mise en évidence du fait qu'après une injection de 200 cm³ d'air, la pression intra-pleurale, de négative qu'elle était au début de l'insufflation, est devenue positive;

4° Que la pneumoséreuse ne modifie pas l'aspect des contours de la tuméfaction, qui apparaissent toujours circulaires sur une vue de face.

De profil, elle montre en particulier un espace clair entre la limite antérieure de la tuméfaction et la paroi antérieure du thorax.

EN RÉSUMÉ :

Cette tuméfaction est sus-diaphragmatique;

La plèvre est libre avec légère réaction séreuse;

La tuméfaction occupe la place revenant normalement au lobe pulmonaire inférieur gauche.

Cet examen nous permet d'affirmer d'autre part que la tumeur n'est pas d'origine pariétale.

Par la suite, un dernier examen radiographique pratiqué le 18 décembre montre une réaction liquidienne remontant très haut. Mais la quantité d'air

ayant rendu la pression intra-pleurale positive nous permet d'affirmer que cette réaction liquidienne est obligatoirement très faible, et vraisemblablement en rapport avec l'insufflation pratiquée.

A ce moment, deux diagnostics restaient en présence :

1° Soit une tumeur du médiastin à développement thoracique;

2° Soit un kyste hydatique du poumon.

Cependant, le fait que la tumeur ne soit pas collabée après insufflation, l'évolution, l'absence d'éosinophilie, et une réaction de CASONI pratiquée le 11 décembre, qui s'était montrée négative, permettaient d'écarter ce diagnostic.

M. ISELIN, Chirurgien des Hôpitaux, que nous avons chargé d'une intervention qui s'avérait de toutes façons fort utile, pensa, avant celle-ci, à la possibilité d'un kyste dermoïde du médiastin antérieur.

L'intervention, dont nous donnerons les détails ultérieurement, lui donna raison.

Nous n'avons pas voulu commenter au fur et à mesure, ni les observations puisées dans la littérature, ni notre observation personnelle.

Aucune d'entre elles, en effet, n'apporte un signe ou un fait tellement nouveau qu'il vaille la peine d'être relevé.

Le seul intérêt que nous puissions tirer de ce rappel, c'est une comparaison de ces symptomatologies de début, en apparence entièrement différentes, de les décomposer, d'en voir les causes, d'en prévoir les effets, et, somme toute, en tirer un enseignement diagnostique.

Tous les troubles que nous avons vus peuvent se résumer en deux termes : le premier est un syndrome de compression ou d'irritation ; le second est un syndrome résultant de la rupture spontanée de la paroi du kyste dans un organe du voisinage.

I. — SYNDROME DE COMPRESSION.

Au premier chef de ce syndrome, nous devons placer :

LA DOULEUR

Elle est général thoracique, mais nous avons vu qu'elle peut être abdominale, cervicale, et même intéresser le bras.

Quand elle est thoracique, ce qui est le cas le plus fréquent, elle est le plus souvent fixe, mais on peut constater des irradiations vers le cou, vers le bras. Mais, et surtout lorsqu'elle est la première manifestation, c'est une douleur d'apparition le plus souvent brutale, frappant le malade en pleine santé; c'est une douleur qui disparaît parfois aussi vite qu'elle est apparue, laissant le malade étonné par une sédation aussi totale d'une douleur qui l'angoissait quelques minutes auparavant.

Notons enfin que, quel qu'ait été le mode de début, la douleur l'a toujours accompagné ou même précédé.

Nous pourrions dire qu'elle est en réalité le premier signe, et que c'est également le seul signe que l'on retrouve d'une manière constante. C'est un signe commun à trop d'affections, de quelque nature qu'elles soient, pour qu'on lui accorde la moindre valeur diagnostique.

Nous verrons cependant que son association à d'autres signes lui donne une assez grande valeur. Mais son caractère le plus net est cette succession

d'éclipses qu'elle subit parfois pendant des années, revenant toujours, cependant, pour accompagner un nouveau symptôme.

Peut-on, de cette douleur, tirer les conclusions que HARRINGTON veut voir dans son intensité? Pour cet auteur, l'intensité douloureuse serait plus marquée dans les tumeurs malignes. Notons d'abord que l'appréciation étant subjective, il est bien difficile d'apprécier une intensité douloureuse. Notons enfin, comme cela apparaît dans notre observation personnelle, que la douleur la plus aiguë enregistrée dans l'histoire de la maladie peut être lors de la première manifestation, donc avant la dégénérescence maligne, alors que la tumeur n'a pas atteint son volume maximum.

LA DYSPNÉE

Il est normal qu'une compression intéressant les organes du médiastin et du thorax entraîne des troubles d'ordre respiratoire.

La dyspnée est généralement le premier signe qui accompagne la douleur. C'est une dyspnée qui, au début, est purement associée à la manifestation douloureuse, mais qui, par la suite, résulte directement de la pression exercée sur le ou les poumons, sur les bronches ou sur le pneumogastrique. Lorsqu'elle

n'agit qu'en diminuant la capacité pulmonaire, il n'est pas extraordinaire que cette dyspnée soit plus ou moins marquée. On note, en effet, très fréquemment que le malade ne pense pas à s'en plaindre. Il reconnaît cependant être rapidement essoufflé au cours d'une marche rapide, de la montée d'escaliers, par exemple.

Elle dépend par conséquent plus du volume de la tumeur et des organes sur lesquels s'exerce sa pression, que de son existence même.

LA TOUX

La toux accompagne parfois les signes que nous venons de voir. La compression peut en être la seule cause par action de voisinage sur un nerf, par exemple.

Par contre, elle devient constante lors de la rupture de la poche kystique par irritation pulmonaire ou bronchique directe.

LES DÉFORMATIONS

Elles apparaissent par le même phénomène. Cependant, les cas les plus fréquents où elles sont notées appartiennent à des sujets n'ayant pas un développement d'adulte. Il est en effet normal qu'une

tumeur libre dont le développement exige qu'elle fasse « sa place » comprime à l'extrême des viscères constituant une de ses parois, viscères essentiellement déformables, plutôt que de modifier la structure solide et homogène de la paroi thoracique antérieure.

Ces faits sont confirmés sinon d'une manière constante, du moins le plus fréquemment, et notamment dans les cas que nous avons cités, le cas de LAMBRET où il s'agissait d'un garçon de 12 ans, et le cas de BELIN où il s'agissait d'un jeune soldat.

Il apparaît donc que ces déformations ne sont qu'occasionnelles, ont une grosse valeur, mais demeurent extrêmement rares.

De même, nous pourrions citer :

LA DYSPHAGIE

résultant d'une compression dans une forme haute;

L'ASTHME

vraisemblablement par compression du pneumogastrique;

LES PALPITATIONS

LE DÉPLACEMENT CARDIAQUE

résultant de la poussée exercée par le développement tumoral qui repousse le cœur ou qui comprime

les vaisseaux, comme nous l'avons vu dans un cas cité où une dilatation de la veine sous-clavière gauche avait été constatée. On n'a jamais cité d'œdème de la paroi thoracique.

De même ordre sont :

LES PARALYSIES

pouvant résulter, dans les formes autres, d'une compression du plexus brachial.

II. — RUPTURE DE LA PAROI DU KYSTE.

Sous quelle influence la poche kystique aboutit-elle à la rupture? Il est fort difficile de répondre à cette question dans certains cas. Probablement une origine mécanique est à la base et doit être admise dans les cas cités de rupture dans le péricarde, voire dans l'aorte.

Il est plus facile d'expliquer cette rupture dans les bronches. On peut constater que, dans tous les cas cités, une infection, le plus souvent pulmonaire, a sans doute été à l'origine de cet accident. Nous citerons, pour exemple, l'observation rapportée de M. E. SERGENT. Il est en effet admissible qu'une affection pulmonaire puisse par voisinage retentir sur la paroi kystique, lui faire contracter des adhérences d'origine inflammatoire avec la paroi pulmonaire, et finalement aboutir à l'ouverture.

La traduction de cette ouverture est plus ou moins discrète. Ce peut être une véritable « vomique », accident aigu de rupture, la poche distendue ayant enfin trouvé sa voie d'écoulement. Mais, comme nous le voyons encore dans cette même observation de M. le Professeur SERGENT, l'expectoration caractéristique peut être d'une discrétion et d'une irrégularité qui peuvent n'aider en rien le diagnostic si l'examineur n'est pas un clinicien averti.

Quoi qu'il en soit, nous sommes d'accord avec le Docteur CISNEROS quand il déclare que le seul signe pathognomonique de kyste dermoïde du médiastin antérieur est apporté par l'expectoration contenant :

Des matières sébacées;

Des poils;

Des cristaux de cholestérol.

Mais, et nous le verrons, il est souhaitable, pour le résultat opératoire, que l'on doit toujours avoir en vue, dans cette affection, de faire le diagnostic avant que n'apparaisse cette expectoration caractéristique.

Notons d'ailleurs que l'expectoration peut accompagner les manifestations : douleur, dyspnée, sans qu'il y ait eu fistulisation du kyste dans les bronches. Cette expectoration peut être purement mu-

queuse ou d'une purulence banale, ne contenant aucun des éléments que nous avons cités comme étant pathognomoniques.

Citons enfin, en nous rappelant l'observation de MM. CAUSSADE, DECOURT et DUROISEL., que l'expectoration peut être hémoptoïque, peut consister même en une véritable hémoptysie avec, pour tout signe indiquant une fistulisation ayant entraîné cette hémoptysie, le rejet « d'un crin ».

Notons enfin que si cette expectoration succédant à l'ouverture dans les bronches est un excellent signe diagnostique, le meilleur sans doute, elle est également le plus dangereux, puisqu'elle expose à une infection et à ses suites multiples, toujours graves pour le pronostic, et, comme nous le verrons, extrêmement gênante pour le traitement.

De même que l'ouverture peut se faire vers ces organes, on peut voir également une « pleurésie » réactionnelle par processus inflammatoire de voisinage. Mais, en fait, les cas les plus fréquents, et, parmi eux, ceux que nous avons cités, ne sont pas à proprement parler des pleurésies, mais bien une ouverture du kyste dans la plèvre. Il est probable d'ailleurs que, dans ces cas, la plèvre réagit pour son propre compte, ce qui explique la présence d'un liquide de ponction banal dans de nombreux cas. Le liquide kystique, en effet, étant en très faible

abondance, et la réaction de défense de la plèvre amenant par contre une réaction liquidienne importante.

Au bout d'un certain temps, la production liquidienne kystique devient plus importante et nous voyons à chaque ponction le liquide se modifier pour, finalement, avoir les caractères de la sécrétion purement kystique.

Bien entendu, la rupture peut amener d'emblée une quantité de liquide suffisante pour réaliser un épanchement d'origine purement kystique et occupant toute la hauteur de l'hémithorax.

On a donc pu voir, chez un sujet se plaignant essentiellement de douleurs et de dyspnée, un épanchement pleural abondant entraînant obligatoirement le diagnostic de pleurésie purulente et conduisant au traitement habituel de ces pleurésies, c'est-à-dire le drainage. Le liquide, normalement, est aseptique.

On s'explique ainsi fort aisément la latence particulière observée par les auteurs qui ont eu l'occasion d'observer un kyste dermoïde du médiastin antérieur ayant été naturellement traité à l'origine comme une pleurésie.

Toutes les causes symptomatiques que nous avons exposées disparaissent, en effet, du fait même de cette rupture. La compression et les symptômes

qu'elle entraîne peuvent évidemment s'effacer, puisque le kyste diminue considérablement son volume. On se trouve en présence d'un épanchement pleural banal avec son cortège de signes propres, et c'est ainsi que l'on voit évoluer sur des décades, avec des ponctions successives toujours importantes, de soi-disant pleurésies, dont l'origine n'est rapportée à sa cause que par un examen radiologique succédant à une ponction importante par les caractères mêmes du liquides ou parfois par examen *post mortem*.

Notons, en effet, que cette affection rétentit sur l'état général et entraîne à peu près constamment un amaigrissement dont l'importance est variable, et va de pair avec une anémie plus ou moins marquée.

DIAGNOSTIC

Tel qu'il résulte de l'examen de la symptomatologie que nous venons de faire, le diagnostic est obligatoirement difficile.

Nous croyons qu'il est bon de reprendre pour ce diagnostic la classification donnée au début de ce travail et empruntée à M. DUVAL.

I. — LES KYSTES CERVICAUX RÉTRO-STERNAUX.

Ils peuvent entraîner des signes de compression variés, comme nous l'avons vu; ils peuvent même venir faire saillie au niveau de la base du cou.

Ils posent quelques diagnostics différentiels, et nous allons envisager les principaux.

a) HYPERTROPHIE DU THYMUS.

C'est une maladie de l'enfance s'accompagnant d'un stridor caractéristique.

L'examen radiologique permet de préciser qu'il s'agit d'une tumeur située à la partie supérieure du médiastin antérieur remplissant la loge thymique. Cette masse ne dépasse pas la fourchette sternale; elle est médiane. Son ombre se confond en bas avec l'ombre cardiaque, l'ensemble donnant l'image en calebasse.

b) LES TUMEURS MALIGNES D'ORIGINE THYMIQUE.

Sont extrêmement rares.

c) GOITRE PLONGEANT.

C'est une tumeur rétro-sternale ou latérale. Elle est très perméable aux rayons, et l'examen clinique la rattache aisément à la masse cervicale.

d) L'ANÉVRISME DE LA PORTION ASCENDANTE DE L'AORTE OU DE LA CROSSE.

Donne également des signes de compression avec douleurs thoraciques. Mais il s'extériorise fréquemment à la paroi thoracique antérieure sous forme d'une tumeur pulsatile douée d'expansion.

L'examen radiologique montre qu'il s'agit d'une image tumorale indissociable de l'aorte, quelle que soit la position donnée au malade. Les battements peuvent être visibles.

II. — KYSTES RÉTRO-STERNAUX ET STERNO-THORACIQUES.

Nous traitons ces deux variétés anatomiques ensemble pour ce qui concerne le diagnostic. Il s'agit, en effet, d'une situation identique, et la différence est essentiellement constituée par l'importance du développement de la tumeur. Le kyste est en effet rétro-sternal lorsqu'il est d'un volume modéré. Nous avons vu que son développement pouvait se faire vers le haut : c'est le cas que nous venons de voir récemment ; son développement peut également être régulier et excentrique : c'est ce que nous voyons actuellement.

Lorsque ce développement se fait régulièrement vers les deux hémithorax, l'origine est, d'une ma-

nière évidente, médiastinale. Le diagnostic se posera par conséquent avec toutes les affections d'origine médiastinale que nous allons rapidement passer en revue.

a) MALADIE DE HODGKIN.

L'image radiologique présente un aspect pseudotumoral du médiastin. C'est une ombre typiquement arrondie à limites nettes, juxta-hilaires. Mais la clinique (avec le prurit, la température, la splénomégalie, les adénopathies) et le laboratoire (réactions sanguines, examen histologique d'un ganglion) permettront le plus souvent le diagnostic.

b) LES MÉDIASTINITES.

1° *Tuberculeuses.*

Dans les cas typiques, l'ombre est volumineuse, empiète sur le champ pulmonaire; elle est polycyclique, en feuille de trèfle, avec une partie moyenne saillante. Ces anomalies radiologiques sont d'autre part contemporaines de signe de bacillose, et c'est la clinique et l'évolution qui permettront le diagnostic.

2° *Syphilitiques.*

C'est un accident de la période tertiaire coïncidant fréquemment avec un anévrisme de l'aorte.

Parfois même c'est le diagnostic d'anévrisme qui est porté, et l'évolution seule permet de rectifier.

Le début est marqué par une douleur brutale ou des crises de dyspnée. A la période d'état, on note des œdèmes thoraciques avec cyanose de la même région, et circulation veineuse collatérale des deux tiers supérieurs de la paroi antérieure du thorax, permettant alors de rattacher ces faits à leur cause réelle.

EXAMEN RADIOLOGIQUE. — Opacité médiane plus ou moins homogène débordant, également ou non, l'ombre sternale. Les contours sont nettement arrêtés ou flous, nuageux, dentelés, avec des prolongements s'enfonçant en coin dans le champ pulmonaire. En oblique, comblement rétro-cardiaque.

Telles sont les images typiques, mais elles permettront rarement un diagnostic, sans la clinique et l'évolution.

c) **LES TUMEURS MALIGNES** (lymphadénome, lymphosarcome).

S'accompagnant d'un syndrome de compression débutant au niveau du médiastin moyen. Mais l'extension du syndrome médiastinal et l'altération rapide de l'état général permettent le diagnostic.

d) LES PLEURÉSIES MÉDIASTINES.

La pleurésie médiastine inféro-antérieure est la seule que nous envisagions ici. C'est la seule qui pose un diagnostic avec le kyste dermoïde. On trouve une matité juxta-cardiaque, un silence respiratoire, des bruits du cœur assourdis, et c'est bien plus à une péricardite avec épanchement que l'on pense.

L'examen radiologique montre une ombre connexe en dehors au contact du bord droit du cœur. De profil, l'ombre se confond avec l'ombre cardiaque.

En fait, l'aspect et l'évolution diffèrent nettement du kyste dermoïde.

e) L'ANÉVRISME DE L'AORTE.

Anévrisme de la partie ascendante ou de la crosse. Ce sont des malades qui peuvent se présenter comme des aortiques, avec une tumeur saillante animée de battements systoliques, associée à des souffles perçus à l'auscultation. Signes cliniques et sérologiques de syphilis associés le plus souvent.

L'examen radiologique montre une masse opaque volumineuse, arrondie, à contours réguliers, comblant le médiastin, surmontant le cœur, et formant avec lui une image en sablier.

Sous tous les angles, la tumeur absorbe l'ombre aortique. Parfois les battements sont visibles.

III. — KYSTES THORACIQUES LATÉRAUX.

Nous avons passé rapidement sur les trois variétés précitées.

Au début de ce travail, nous avons en effet prévenu que nous insisterions particulièrement sur les kystes du médiastin antérieur à développement thoracique latéral. Nous demandons que l'on se rapporte aux radiographies face et profil n^{os} 1 et 2 que nous publions au sujet de notre observation personnelle. A partir de ces deux clichés, on peut fort bien imaginer toutes les variétés anatomiques qui peuvent se voir et, de ce fait, tous les diagnostics qui peuvent se poser.

L'ombre était de contours arrondis, peu mobile aux mouvements respiratoires, plus basse quant à sa limite inférieure que la coupole diaphragmatique droite, occupant toute la partie revenant au lobe inférieur du poumon gauche. La question qui se posait tout d'abord était de savoir si cette masse était abdominale ou thoracique.

I. — DIAGNOSTIC D'UNE MASSE D'ORIGINE ABDOMINALE.

Trois diagnostics principaux sont à envisager :

a) UNE AFFECTION SPLÉNIQUE.

Mais on trouverait une masse splénique à l'examen physique. D'autre part, des examens sanguins, des signes généraux, orienteraient dans ce sens.

b) UN ABCÈS SOUS-PHRÉNIQUE.

Il s'accompagne de douleurs de siège lombaire avec irradiations descendantes, de signes cliniques variés, de signes de collection purulente avec modification de la formule sanguine.

c) UNE HERNIE DIAPHRAGMATIQUE.

Mais l'insufflation intestinale pratiquée aurait permis le diagnostic.

Notons simplement que le seul examen radiologique après insufflation d'air dans la plèvre nous permettrait, d'écarter d'une manière formelle une affection d'origine abdominale, puisque nous percevions une mince lame d'air entre le diaphragme et la tumeur.

Il en serait évidemment de même au cas où la tumeur serait à droite et où une affection d'origine hépatique poserait un diagnostic différentiel.

II. — DIAGNOSTIC D'UNE MASSE HÉMITHORACIQUE.

a) UNE MASSE D'ORIGINE PARIÉTALE.

L'examen radiologique après pneumothorax permet d'éliminer cette hypothèse.

Notons enfin qu'il peut être complété par une pleuroscopie.

b) UNE MASSE INCLUSE DANS LE POUMON.

I. — UNE GOMME SYPHILITIQUE. — Elles apparaissent chez des sujets présentant des signes cliniques et sérologiques de syphilis, et disparaissent après quelques semaines de traitement.

Radiologiquement, les gommes solitaires se présentent comme des masses arrondies, ovales, d'opacité moyenne, à l'intérieur du parenchyme, sans connexion avec le hile, ce qui permet d'exclure toute origine médiastinale.

Seules, par conséquent, pourraient être discutées des gommes associées à une médiastinite syphilitique.

II. — CANCER DU POUMON. — La seule forme dont le diagnostic puisse se poser avec un kyste dermoïde du médiastin est la forme médiastino-pulmonaire isolée par BARJON.

Elle débute par une forme médiastine pure, puis pleurale, et aboutit à la phase médiastino-pleuro-

pulmonaire. Bien que pouvant être longue, l'évolution est plus rapide que celle du kyste dermoïde. Cette affection est accompagnée de dyspnée, toux, expectoration avec hémoptysies caractéristiques, de troubles de la voix, de dysphagie. On note de l'œdème et circulation collatérale. Enfin, la fièvre est fréquente; la fatigue, l'amaigrissement important associé à l'anémie.

L'examen radiologique montre une ombre volumineuse de tout un hémithorax occupant une grande partie du médiastin, débordant sur l'aire pulmonaire opposée, refoulant le cœur, et souvent la trachée.

III. — LE KYSTE HYDATIQUE. — Mais là encore, l'image est assez nettement isolée, en plein parenchyme pulmonaire.

Habituellement, après pneumothorax, le kyste se collapse partiellement avec le poumon. L'évolution offre d'autre part des différences importantes.

Bien que nous n'y attachions qu'une valeur complémentaire, notons la négativité de la réaction de CASONI, et l'absence d'éosinophilie.

IV. — L'ANÉVRISME DE LA CROSSE DE L'AORTE. — Nous ne ferons que le citer, ayant déjà énuméré ses signes propres et les caractères différentiels.

Avant d'aborder le traitement des kystes dermoïdes du médiastin antérieur, nous devons, comme il a été convenu, faire à ce point de vue la distinction qui existe entre les kystes dermoïdes proprement dits, d'une part, et les tératomes.

Dans la symptomatologie que nous avons citée, nous n'avons pas jugé bon de faire cette distinction, parce que, sinon au point de vue origine embryologique, du moins au point de vue évolution et symptomatologie, les deux peuvent se confondre.

Mais, en ce qui concerne le traitement, si là encore il est chirurgical dans les deux cas, il n'en est pas moins vrai que le tératome a une tendance à la transformation maligne qui lui est maintenant reconnue, et sur laquelle a particulièrement insisté HARRINGTON.

Dans les deux cas, l'intervention doit être précoce. Nous avons vu, et nous verrons encore que le traitement du kyste dermoïde devient extrêmement difficile dès que les adhérences inflammatoires

se réalisent. Mais alors qu'il n'y a là qu'une gêne à l'intervention, dans le cas du tératome il s'agit, au contraire, du pronostic vital, et c'est pourquoi nous nous devons de le différencier du kyste dermoïde dans cet aperçu rapide.

Le traitement des kystes dermoïdes du médiastin est essentiellement chirurgical.

Il nous semble bon de donner au point de vue historique un rapide compte rendu opératoire d'une des observations que nous avons citées au début de ce travail.

Il s'agit de l'observation rapportée par le Docteur René BELIN et opérée en 1893 par le Docteur DARDIGNAC.

Nous nous bornerons dans ce rapide aperçu à rapporter son compte rendu opératoire :

« Incision sur le trajet de la quatrième côte. L'incision, après résection costale, laisse voir un tissu blanchâtre; on ponctionne au trocart dans la partie fluctuante, et il s'écoule un liquide semblable à celui de la ponction. Incision large de la paroi : il s'écoule un flot de liquide mélangé à des corpuscules jaunâtres ressemblant à des grains de riz colorés par le safran; on retire également une touffe de poils blancs. A ce moment, on fait le diagnostic du kyste dermoïde. Il a été impossible de détermi-

ner si le kyste était intra- ou extra-pleural. Capacité kyste : environ 1.800 cm³.

« On badigeonne la cavité à la teinture d'iode. La cavité est garnie d'une longue mèche de gaze iodoformée. Sutures. Pas d'incident opératoire immédiat ou consécutif. »

En 1898, il persiste une fistule. Le Docteur René BELIN pratique une seconde intervention. Il resèque les troisième, quatrième et sixième côtes avec leur périoste. Il supprime la fistule pleuro-pulmonaire et excise le trajet de la fistule cutanée.

En 1899, le malade demande une nouvelle intervention, la fistule persistant. Le Docteur BELIN pratique la marsupialisation de la poche kystique avec pneumectomie partielle.

Les suites opératoires sont très bonnes.

Le malade sort de la clinique le quinzième jour, en bonne voie de guérison.

Le malade a vécu longtemps. Il présente un enfoncement de la poitrine en entonnoir, d'une longueur de 11 cm. Les bords en sont rouge vif, luisants; le fond a l'aspect d'une muqueuse congestionnée.

Le malade jouit d'une parfaite santé.

Nous ne nous étendrons pas davantage, et nous passerons directement au traitement local tel qu'on le conçoit à l'heure actuelle et tel que l'a appliqué M. ISELIN, dans le cas que nous lui avons confié.

INDICATIONS OPÉRATOIRES.

Il faut bien savoir que les difficultés d'extirpation sont d'autant plus grandes que la lésion est ancienne, car les adhérences sont très serrées, les organes déplacés.

Par conséquent, plus une lésion est reconnue précocement, meilleures seront les conditions opératoires. C'est pourquoi, aussitôt le diagnostic posé, il faut conseiller l'intervention.

Les contre-indications sont tirées essentiellement de l'état général (âge, obésité), de l'état cardiaque ou rénal. Les caractères du kyste, ses dimensions même extraordinaires ne sont pas des contre-indications à l'exploration chirurgicale, mais pourront, en cours d'opération, modifier les intentions de l'opérateur, et le faire renoncer à l'exérèse.

CHOIX DES MÉTHODES CHIRURGICALES.

Le kyste étant, par définition, extra-pleural, beaucoup d'auteurs se sont efforcés d'éviter l'ouverture de la cavité pleurale, par crainte de la thoracotomie. La possibilité d'une intervention entièrement extra-pleurale dépend de deux facteurs : les adhérences et les dimensions du kyste. Si en effet le kyste adhère au poumon, à la plèvre, il sera impos-

sible de le décoller à ce niveau sans ouvrir la séreuse. Si le kyste est de très grosses dimensions, comme celui qui fait l'objet de notre observation, il occupe pratiquement la presque totalité de l'hémithorax. De sorte que, dans ce cas, il est indispensable de faire une large thoracotomie pour reconnaître exactement les limites du prolongement, et pouvoir disséquer avec une sécurité suffisante les adhérences intimes et dangereuses qu'il est susceptible de contracter avec le cœur, les organes du médiastin et le diaphragme.

L'opération aura donc lieu, dans la majorité des cas, à plèvre ouverte, avec toutes les précautions techniques destinées à éviter les accidents dits de « pneumothorax chirurgical ».

MODE D'ANESTHÉSIE.

Depuis la multiplication des opérations d'exérèse en chirurgie thoracique, les idées sur le danger du pneumothorax chirurgical se sont beaucoup modifiées. Nous rappellerons seulement qu'à l'époque héroïque où cette chirurgie se pratiquait beaucoup plus souvent sur le chien que sur l'homme, on posait en principe de ne jamais ouvrir une plèvre, sinon sous *hyperpression*. L'école française (DELA-CÉNIÈRE, P. DUVAL) a eu le grand mérite de mon-

trer que, moyennant quelques précautions (entrée lente de l'air, accrochage du poumon pour fixer le médiastin), on pouvait impunément, sans hyperpression, pratiquer des opérations courtes, sans procédé compliqué d'administration de l'anesthésie. Le *pneumothorax pré-opératoire*, systématisé par ARCE, de Buenos-Ayres, a été encore un progrès qui a permis de pratiquer des opérations longues avec les modes d'anesthésie ordinaires.

On en est arrivé à nier tout intérêt pratique à cette question de pression différentielle qui avait été le sujet de tant de travaux, mais il ne faut pas exagérer dans cette voie : on peut fort bien faire une longue opération d'exérèse à thorax ouvert après pneumothorax pré-opératoire, sans baronarcose, à condition que le médiastin soit bien fixé par la sclérose infectieuse déterminée par l'affection causale; mais si le médiastin est souple, mobile, le malade peut être très gêné et de gros troubles en résulter.

Dans le cas qui nous occupe, des kystes à évolution aseptique, il y a de fortes chances pour que le médiastin soit encore souple, mais il y a aussi le risque particulier d'ouverture de la plèvre opposée quand on disséquera l'implantation. Cet accident, s'il éclate sans avoir été prévu, amène la mort sur la table d'opération. Il est donc de toute néces-

sité d'opérer sous hyperpression, le malade ayant un tube intra-trachéal qui fait communiquer de façon permanente l'intérieur du poumon avec l'appareil, et permet de régler exactement la pression endo-bronchique.

Le Docteur MAROGER, anesthésiste, passe le tube dans la trachée en passant par le nez, technique qui a l'avantage de ne pas nécessiter toujours la laryngoscopie, par conséquent de ne pas nécessiter une anesthésie très profonde.

Dans les premiers temps de la baronarcose, on demandait à ce procédé d'empêcher le collapsus du poumon, grâce à une pression de 15 à 20 cm. d'eau, d'où une certaine complexité dans les appareils. Maintenant, nous lui demandons seulement d'empêcher le flottement médiastinal, en maintenant simplement le poumon sain à 6/10 cm. de pression. Les appareils modernes, à circuit fermé et bouteille d'oxygène, donnent facilement cette pression, et, en appuyant doucement avec la main sur le ballon de détente, l'anesthésiste peut augmenter la pression respiratoire à la demande.

POSITION DE L'OPÉRÉ.

Si l'on opère par voie antérieure extra-pleurale, le malade est couché sur le dos; mais si l'on opère par voie transpleurale, il faut le mettre sur le côté,

de manière à pouvoir agrandir l'incision en avant ou en arrière, selon les nécessités opératoires. Le corps est fixé soigneusement, jambe du dessous pliée, un billot sous le rein, faisant bomber le thorax du côté opéré, le bras reposant sur un support. L'arrimage doit être fait très soigneusement, car si le malade est mal fixé les difficultés opératoires en seront très augmentées.

INSTRUMENTATION.

Une instrumentation de chirurgie thoracique est indispensable, mais particulièrement un écarteur très puissant, destiné à écarter fortement les côtes. Grâce à lui, on ouvre un jour suffisant sans enlever de côtes, en sectionnant simplement la partie supérieure de deux d'entre elles. M. le Docteur ISELIN utilise un modèle de sa conception qui lui donne toute satisfaction.

CHOIX DE L'INCISION.

Pour un kyste de volume moyen, bien antérieur, on peut utiliser soit une incision haute, soit une incision basse, suivant que le kyste occupe le médiastin supérieur ou le médiastin inférieur.

L'incision peut être *médiane* et transternale; elle donne une ouverture suffisante à condition d'écarter

ter fortement. On peut la faire haute ou basse, mais sans jamais dépasser la partie moyenne du sternum, ce qui déterminerait de graves difficultés respiratoires (SAUERBRUCH). L'incision *para-médiane*, latéro-sternale, coupant les cartilages costaux, semble donner un meilleur jour dans tous les cas qui ne sont pas strictement médians. On incise alors du côté où prédomine le kyste.

L'incision sera latérale, intercostale, dans tous les cas où le kyste sera à développement thoracique. L'espace intercostal choisi correspondra à la partie moyenne du kyste repérée sur la radiographie.

Après avoir soigneusement repéré le kyste, on fera pour s'orienter une incision de l'espace intercostal sur la ligne latérale, puis on prolongera plus ou moins loin en avant ou en arrière. Dans notre cas, le kyste remplissait l'hémithorax, et il a fallu aller d'un côté jusqu'au sternum, de l'autre jusqu'aux apophyses transverses, et sectionner l'extrémité postérieure des côtes sus- et sous-jacentes sur 1 cm. pour permettre un écartement suffisant (après ligature du paquet vasculo-nerveux correspondant).

DISSECTION DU KYSTE.

Dès que le kyste est reconnu, il faut le ponctionner, et le vider au maximum, ce qui facilite sa dissection, car il perd ainsi sa forme connexe, et il

est possible de l'amarrer solidement avec de fortes pinces à kyste et de mettre en tension, successivement, toutes les adhérences dans la profondeur. M. ISELIN estime que, si le kyste qu'il a enlevé avait été une tumeur solide, il n'aurait jamais pu mener à bien l'exérèse par manque de visibilité et de place pour manier les instruments.

Le kyste, une fois vidé, est amarré, et ses adhérences sont sectionnées les unes après les autres, profitant des plans de clivage subsistant pour décoller, liant tous les vaisseaux, dans le cas d'adhérences vascularisées, comme celles du diaphragme. Il n'y a rien de spécial à dire sur la dissection du kyste, qui se fait selon les habitudes de la chirurgie générale.

FERMETURE DE LA CAGE THORACIQUE.

Il est inutile d'essayer de suturer la plèvre dont de grands lambeaux ont été décollés, d'autres reséqués. On laisse ainsi de larges zones ouvertes, mais cela est sans grande importance. En effet, le poumon, en se réexpandant, viendra les recouvrir, et, d'autre part, la plèvre régénère, et finit (du moins l'expérimentation le montre) par constituer une lame séreuse continue.

La cavité pleurale est fermée simplement par des catguts prenant les côtes reséquées et les rappro-

chant. Les couches musculaires sont ensuite soigneusement reconstituées par des points de catgut et complètent une fermeture hermétique. La peau est fermée ensuite.

FAUT-IL DRAINER UNE PAREILLE CAVITÉ ?

En principe, il est inutile de drainer, car l'opération a été aseptique, et un drainage ne peut guère qu'amener l'infection. M. ISELIN a cependant drainé dans notre cas, et cela pour une raison purement physiologique. Le cœur avait été complètement repoussé vers la droite, et nous ne savions pas avec quelle rapidité il reviendrait vers la gauche. Un retour trop rapide aurait déterminé une hyperpression dans la cavité pleurale ainsi rétrécie, ce qui aurait empêché la réexpansion du poumon. En mettant un drain avec siphonnage, nous étions sûrs que l'air en hyperpression s'échapperait, maintenant toujours une pression négative dans la cavité. Ce drain a été retiré au bout de 24 heures, et la pression dans la cavité pleurale vérifiée chaque jour avec l'appareil de pneumothorax.

RÉINSUFFLATION DU POUMON.

C'est sur l'expansion du poumon que l'on compte principalement pour combler le vide laissé sans la cavité thoracique par l'ablation du kyste. Cepen-

dant, le diaphragme, en montant, le médiastin, en se déplaçant, contribueront à diminuer le volume de cette cavité.

Il faut donc surveiller de très près, par la radio et par l'aiguille à pneumothorax, les progrès du retour du poumon à la paroi.

Avec l'appareil à pneumothorax, on désinsufflera journellement au début de l'air en quantité suffisante pour mettre la pression intra-pleurale en forte négative.

En même temps, dès que l'opéré en aura la force, on le fera souffler contre une résistance, de manière à dilater activement son poumon.

Dans notre cas, le poumon était revenu à la paroi en moins d'une huitaine de jours (fig. n° 5).

SOINS POST-OPÉRATOIRES.

A part la surveillance de la pression dans la cavité thoracique et les désinsufflations, les soins post-opératoires sont réduits à la thérapeutique préventive du shock, grâce à laquelle notre opérée n'a pas présenté ces phénomènes que nous avons cependant recherchés par la méthode la plus précise et la plus précoce : la mesure de l'hémoconcentration par numérations globulaires répétées.

Pendant l'opération, nous avons administré un litre de sérum par voie intraveineuse, puis, dans



Figure 5

l'après-midi et la soirée, de nouveau un litre de sérum, et 350 gr. de sang. Le lendemain, un litre et demi de sérum isotonique, et ce fut tout.

Notre malade a présenté, du premier jour de l'intervention au dix-huitième, une fièvre oscillante dont nous n'avons pu découvrir la cause : pas d'infection de la plaie, pas d'épanchement cliniquement ou radiologiquement décelable, pas de complication pulmonaire.

Après quelques jours de DAGÉMAN, cette fièvre a baissé graduellement pour disparaître au dix-huitième jour.

La malade est sortie un mois après l'opération en parfait état de santé, et l'on peut voir sur les radiographies que l'opération n'a laissé aucune séquelle. Seule est visible une longue cicatrice. Dès le quatrième jour après l'opération, la malade déclare que sa respiration est déjà devenue plus facile qu'avant l'intervention.

En somme, ce cas a été traité selon les règles modernes de la chirurgie d'exérèse pulmonaire et malgré des difficultés opératoires certaines; l'évolution et les suites en ont été particulièrement favorables et courtes.



Figure 6

CONTENU DU KYSTE.

Le kyste était volumineux (fig. n° 6).

Il contenait 1 litre 500 de liquide sébacé mêlé à des paquets de cheveux.

COMPTE RENDU DE L'EXAMEN HISTOLOGIQUE DE LA PIÈCE OPÉRATOIRE.

La paroi du kyste est très mince. Elle est constituée par du tissu conjunctivo-vasculaire recouvert sur sa face interne par un revêtement, soit unistratifié, constitué de cellules aplaties, soit pluristratifié, constitué de cellules malpighiennes avec zones de kératinisation.

Sur la face externe, aucun revêtement n'est visible.

Les vaisseaux sont nombreux, souvent dilatés, gorgés de sang et, en un point, entourés d'une zone inflammatoire. Le contenu du kyste est lobé, constitué d'une substance qui ne peut être définie histologiquement; elle ne contient pas de cristaux, et est formée de très fines lamelles fibrillaires concentriques faisant penser à un tissu conjonctif en voie de résorption; elle contient par places encore de très rares cellules vivantes, cellules allongées de type conjonctif.

CONCLUSION

Nous avons vu la symptomatologie du kyste dermoïde du médiastin antérieur.

Nous avons étudié le diagnostic différentiel tel qu'il peut se poser habituellement.

Le diagnostic positif est difficile :

Parce que les signes physiques sont banaux ;

Parce que les signes fonctionnels sont ceux de n'importe quelle masse intrathoracique.

Seule la longue évolution peut cliniquement faire penser à cette affection, et l'expectoration caractéristique en faire porter le diagnostic. Les techniques modernes d'exploration nous permettent de le faire cependant avant une période aussi tardive.

L'EXAMEN RADIOLOGIQUE

I. — EXAMEN DIRECT.

De face. — Permet d'apprécier le volume, la forme, l'opacité, les connexions de la tumeur avec les organes qui la limitent en haut, en dedans, en dehors et en bas.

De profil. — Sa situation dans le sens antéro-postérieur. Notons, à ce sujet, la remarque des auteurs américains : la tumeur est plus volumineuse sur le cliché quand les rayons se dirigent d'avant en arrière que d'arrière en avant; donc, la masse est antérieure.

II. — EXAMEN APRÈS INSUFFLATION DES ORGANES CREUX ABDOMINAUX.

Permettant de situer la coupole diaphragmatique et la position sus-diaphragmatique de la tumeur.

III. — EXAMEN APRÈS PNEUMOTHORAX.

Le plus important de tous les examens radiologiques. Nous l'avons vu, la première indication qu'il donne est une notion précise sur le volume de la tumeur par la modification de la pression pleurale,

après insufflation d'une quantité d'air connue. Mais il nous permet également :

a) D'éliminer formellement une tumeur d'origine abdominale (présence d'air entre le diaphragme et la tumeur) ;

b) D'éliminer la possibilité d'une tumeur de la paroi du thorax (même raison que précédemment).

IV. — EXAMEN APRÈS INJECTION TRACHÉALE DE LIPIODOL.

Nous permet enfin d'étudier les rapports de la tumeur avec l'arbre bronchique.

Ces examens pratiqués, nous n'ignorons plus que les rapports possibles entre la tumeur et le tissu pulmonaire. Un examen peut encore nous permettre de le préciser :

LA PLEUROSCOPIE, qui, dans ce cas, nous permettrait de voir la tumeur, sa nature extra-pulmonaire et ses connexions médiastinales.

Nous voyons donc que les moyens actuels d'exploration des organes intra-thoraciques nous permettent de faire le diagnostic de kyste dermoïde du médiastin antérieur avant toute complication. Ce

diagnostic précoce est, nous l'avons vu, important pour le traitement.

Le traitement est strictement chirurgical. C'est une exérèse totale que l'on doit réaliser.

Les contre-indications ont été données. Elles sont liées à l'état du sujet (obésité, cœur, rein).

La technique pré-opératoire :

— Soit par pneumothorax (méthode de ARCE), nécessitant un médiastin bien fixé, et l'intégrité absolue de la plèvre du côté opposé;

— Soit, ce qui est préférable, la bronconarcose avec introduction d'un tube trachéal permettant de maintenir une hyperpression pulmonaire obviant à l'accident possible de déchirure de la plèvre opposée, au cours de la dissection au niveau du médiastin.

La voie transpleurale, avec le malade dans la position que nous avons indiquée, semble la plus simple.

Une incision intercostale avec section de côtes offre un jour suffisant si un écarteur puissant est à la disposition de l'opérateur.

L'évacuation du liquide kystique, une hémostase soignée permettent une fermeture sans drainage après une intervention aseptique.

Cette intervention permet une exérèse totale avec une cicatrice peu importante, et un excellent résultat opératoire, comme le montre l'observation que nous avons rapportée.

Vu : *Le Doyen,*
BEAUDOUIN.

Vu : *Le Président,*
LOEPER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CARCOPINO.

BIBLIOGRAPHIE

- AUROUSSEAU. — *Revue de Chirurgie*, Paris, 1924.
- HELBOM C. A. — *The Journal of Thoracic Surgery*, 1933.
- MARFAN. — *Gazette Hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, août 1891.
- RASPAIL. — *Thèse Montpellier*, 1914.
- STUART W. HARRINGTON. — *Journal of Thoracic Surgery*, août 1932. — *Diag. and surg. treat. of anter. mediast. with right thoracic evolution.* — *New York State Journal Medicine*, nov. 1935. — *Journal of Thoracic Surgery*, déc. 1937.
- CISNEROS. — *Boletines y trabajos de la Sociedad de Cirurgia de Buenos-Aires*, juillet 1935.
- R. C. COCHRAN et S. J. G. NOWAK. — *New England Journal of Medicine*, déc. 1931.
- Ernest V. SMITH. — *Journal of Thoracic Surgery*, février 1938.

Arthur DEAN BEVAN. — *Surgical clinics of North America*, octobre 1933.

DIGBY WHEELER. — *The Canadian Medical Association Journal*, sept. 1939.

G. CAUSSADE, J. DECOURT, A. DUROISEL. — *Archives Médicales de l'Appareil respiratoire*, 1933.

O. LAMBRET. — *Bulletin et Mémoire de la Société de Chirurgie*, mai 1939.

René BELIN. — *Observation d'un cas rare de kyste dermoïde du médiastin*, Clermont, 1900.

Professeur Emile SERGENT. — *Archives Médico-Chirurgicales de l'Appareil respiratoire*, 1932.



